

健康保険 被保険者 所属 選択 届  
二以上事業所勤務

|      |      |     |    |    |    |   |
|------|------|-----|----|----|----|---|
| 専務理事 | 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 係長 | 係 |
|      |      |     |    |    |    |   |

※裏面の書類記入時の注意事項をご確認ください

|                  |      |                   |   |   |   |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|------|-------------------|---|---|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者氏名<br>(フリガナ) | 生年月日 | 5.昭<br>7.平<br>9.令 | 年 | 月 | 日 | ※個人番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |      |                   |   |   |   | 基礎年金番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| 事業所    | 事業所整理記号 | 事業所名称  |     | 被保険者資格得喪年月日 | 報酬月額     |                                              | ※標準報酬月額 |    |   |
|--------|---------|--------|-----|-------------|----------|----------------------------------------------|---------|----|---|
|        |         | 事業所所在地 |     |             | 被保険者整理番号 | 事業所が加入している健康保険組合等の名称<br>厚生年金基金に加入の場合その名称及び番号 |         | 千円 |   |
| 選択事業所  |         |        |     | 取得          | 年 月 日    | 金銭による報酬                                      | 円       | 健  |   |
|        |         |        |     | 喪失          | 年 月 日    | 現物による報酬                                      | 円       |    |   |
|        |         | 基金     | 基 号 |             |          | 合計                                           | 円       |    |   |
|        |         |        |     | 取得          | 年 月 日    | 金銭による報酬                                      | 円       |    |   |
| 非選択事業所 |         |        |     | 喪失          | 年 月 日    | 現物による報酬                                      | 円       |    |   |
|        |         |        | 基金  | 基 号         |          | 合計                                           | 円       |    |   |
|        |         |        |     |             | 取得       | 年 月 日                                        | 金銭による報酬 |    | 円 |
|        |         |        |     |             | 喪失       | 年 月 日                                        | 現物による報酬 |    | 円 |
|        |         |        | 基金  | 基 号         |          | 合計                                           | 円       |    |   |

|        |                                                                         |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|
| 【被保険者】 | 【個人情報利用等同意欄】                                                            |
| 住所     | 当組合は、二以上事業所勤務者の適用・徴収及び引継等の事務に必要な範囲において、個人情報を非選択被保険者、事業主へ照会・提供することがあります。 |
| 氏名     | 上記個人情報の取扱いを理解し、これに同意いたします。                                              |
|        | 令和 年 月 日                                                                |
|        | 氏名                                                                      |

受付印

○非選択事業所欄の事業所整理記号及び被保険者整理記号は空欄で構いません。

## 【書類記入時の注意事項】

- ※ 新規加入の場合は、それぞれの事業所の『健康保険資格取得届』の提出が必要です。
- ※ 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、個人番号欄へ記入してください。
  - ◎被保険者証の記号番号で申請される場合は、マイナンバーの記入は必要ありません。
  - ◎マイナンバーを記入した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要になります。